

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

Par LUCIEN TAPIE

né à Montpellier (Hérault) le 24 janvier 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

A PRÉDOMINANCE CERVICALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges } MM. REMY, professeur.
 } THIÉRY et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

143

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 décembre 1899, à 1 heure

Par LUCIEN TAPIE

né à Montpellier (Hérault) le 24 janvier 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE

A PRÉDOMINANCE CERVICALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges } MM. REMY, professeur.
THIERY et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



— 101 —
PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEGUEU

Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LIPOMATOSE SYMÉTRIQUE
A PRÉDOMINANCE CERVICALE

INTRODUCTION

L'affection qui nous occupe se caractérise par la présence de tuméfactions lipomateuses symétriquement distribuées en différentes régions du corps et principalement à la région cervicale qu'elles entourent plus ou moins complètement donnant ainsi lieu à une déformation particulière signalée par tous les auteurs.

Elle a porté les noms les plus divers : gangliïte (Siredey) névromes plexiformes (Verneuil) lipomes symétriques d'origine nerveuse (Bouju) lipomes diffus du cou et de la nuque (Marçais) enfin celui d'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale qui lui a été donné par MM. Launois et Bensaude.

Cette dernière dénomination avait l'avantage d'indiquer la pathogénie de l'affection telle que la comprenaient ces auteurs.

Cependant, après avoir parcouru la littérature médicale, après avoir pris connaissance des divers examens histologiques publiés sur ce sujet, nous avons dû reconnaître qu'il n'a jamais été fait mention du tissu adénoïde.

Aussi, notre étude nous ayant conduit à envisager la pathogénie d'une façon différente de celle de MM. Launois et Bensaude, nous n'avons pas cru pouvoir conserver à cette affection un nom faisant supposer une participation du système ganglionnaire qui n'a jamais été signalée.

Ces restrictions faites, nous avons conservé, en la modifiant dans le sens de nos conclusions, la désignation de MM. Launois et Bensaude qui a l'avantage d'indiquer un des caractères les plus saillants de l'affection et sa localisation la plus intéressante.

Nous placerons en tête de cette étude les deux observations personnelles qui en ont été le point de départ, et après un court historique de la question, nous ferons l'exposé de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic.

Nous dirons ensuite quelques mots de la marche et de la terminaison ordinaires de l'affection, et après avoir examiné les données anatomo-pathologiques, nous aborderons l'importante question de la pathogénie. Quelques mots sur le traitement et le pronostic termineront cette courte étude.

Nous sommes heureux de pouvoir, en tête même de cette thèse, adresser tous nos remerciements à notre maître, M. le Docteur Legueu. Il ne s'est pas contenté de nous indiquer le sujet de ce travail, il nous en a encore facilité l'exécution par ses conseils éclairés. Qu'il reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous ne saurions oublier ici M. le Docteur Gastou chef du laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis. Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de l'amabilité avec laquelle il a mis son profond savoir à notre disposition. Qu'il reçoive nos plus chaleureux remerciements.

M. le professeur Le Dentu, nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde et respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I (personnelle).

Pierre G..., âgé de 39 ans, tonnelier, entre le 25 septembre 1899 à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton.

Rien d'intéressant à noter au point de vue héréditaire.

Dans son passé pathologique nous relevons les faits suivants : fièvre typhoïde à 19 ans ; prédisposition aux bronchites pendant plusieurs hivers ; la dernière contractée il y a cinq ans dura un mois. Le malade est manifestement alcoolique.

Le malade fait remonter le début de son affection actuelle à deux ans. Il constata alors dans la région sous-maxillaire du côté gauche l'existence d'une « glande » peu gênante et peu douloureuse. Le volume resta invariable jusqu'à il y a un an, époque à laquelle il augmenta légèrement. Mais c'est surtout depuis six mois que la tumeur a pris un développement considérable pendant que de semblables tumeurs apparaissaient en d'autres régions.

Le malade attribue cette poussée à un traitement à l'iode de potassium et à l'arsenic auquel il se soumit à cette époque.

L'inspection du malade nous montre la région sus-hyoïdienne et les deux régions sous-maxillaires, surtout la gauche, occupée par une tumeur considérable lui constituant un double menton remontant en arrière jusqu'au sillon auriculo-mastoïdien ; à gauche la tumeur paraît empiéter sur la face externe du maxillaire

inférieur et descend jusqu'à quatre ou cinq centimètres au-dessous du bord inférieur de la mâchoire.

Une masse semblable, mais plus petite, d'environ le volume d'une pomme occupe la région pré-laryngée, descendant jusqu'à la fourchette sternale ; à sa partie supérieure un sillon la sépare du reste de la tumeur.

En arrière, à la partie supérieure de la nuque, on voit une masse analogue, mais plus distinctement délimitée.

Sur la face antérieure des deux avant-bras, immédiatement au-dessous du pli du coude, dans l'espace angulaire formé par les muscles épitrochléens et épicondyliens, existe une masse étalée plus appréciable du côté droit.

Dans le triangle de Scarpa, des deux côtés, même tumeur étalée et allongée parallèlement à l'arcade de Fallope.

La peau qui recouvre ces diverses tumeurs est saine, d'aspect normal.

Toutes sont indolentes, mobiles sur la peau et le plan sous-jacent ; cependant la masse pré-laryngée présente quelques adhérences avec le plan sous-jacent.

Leur consistance est molle, pseudo-fluctuante. Elles ne forment pas une masse continue, mais laissent percevoir des lobulations plus ou moins distinctes.

Les limites de ces tumeurs, à l'exception de celles de la nuque, manquent de netteté ; dans la région sous-maxillaire droite, on a la sensation de deux ganglions.

Les troubles fonctionnels sont légers : pas de dysphagie, pas de troubles de la voix ; la respiration est libre ; cependant il arrive parfois, mais très rarement, que le malade éprouve la nuit quelques étouffements passagers. Il lui suffit de se mettre sur son séant pour les faire disparaître.

Malgré ce peu de troubles fonctionnels, le malade demande à être débarrassé de sa difformité.

L'état général ne laisse rien à désirer et l'examen des urines démontre qu'elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Opération le 27 septembre. — Anesthésie au chloroforme et antisepsie de la région.

M. Legueu se proposant d'enlever seulement la masse du côté gauche, qui est la plus exubérante, mène une longue incision curviligne partant d'un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale, montant suivant la ligne médiane pour se recourber en arrière et à gauche parallèlement au bord inférieur de la mâchoire, à deux centimètres environ au-dessous de lui, jusqu'au bord inférieur du sterno-mastoïdien. Après la section de la peau et du peaucier on arrive immédiatement sur la tumeur formée par une graisse molle, assez fluide, non encapsulée, mais s'infiltrant plus ou moins dans les tissus avoisinants. La lèvre inférieure de la plaie est disséquée jusqu'à ce que la plus grande partie de la tumeur soit mise à nu. La graisse est alors enlevée par arrachement avec les doigts, mais on n'y arrive qu'en la morcellant et avec assez de difficulté, car elle se déchire facilement et envoie des prolongements de tous côtés. Cette infiltration périphérique de la masse empêche de l'enlever dans sa totalité. Au cours de l'opération de nombreux vaisseaux artériels et veineux sont déchirés et donnent une hémorrhagie assez abondante. Quelques ligatures au catgut sont appliquées et les deux lèvres de la plaie réunies, un drain ayant été placé à la partie déclive.

Pansement à la gaze iodoformée.

Cicatrisation régulière.

OBSERVATION II (Personnelle).

Le 28 octobre 1899, S.... Edouard, 49 ans, sommelier entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, pour être débarrassé de grosses tumeurs développées au niveau du cou.

Ces tumeurs déterminent une difformité telle qu'il est éconduit partout où il sollicite un emploi.

Pas d'antécédents héréditaires à noter.

Voici son histoire : En 1880 il s'aperçoit qu'il porte une grosseur entre les deux épaules. Cette grosseur, augmentant progressivement atteignait en 1883 le volume d'une grosse orange. Péan, à qui il se présente diagnostique un lipome et l'opère. En 1886 récidive au même point.

Actuellement existe à ce niveau une masse bilobée, en forme de cœur, à échancrure inférieure, symétrique par rapport à la ligne médiane. Cette tumeur s'étend du creux de la nuque, où elle se termine en pointe mousse jusqu'à dix-huit centimètres au-dessous et mesure 12 à 15 centimètres transversalement. Son contour est nettement délimité. Sur sa surface se voit une longue cicatrice transversale résultant de l'opération de Péan.

Immédiatement au-dessus de la pointe de cette tumeur s'en trouvent deux autres qui ont débuté en 1894. Elles sont aujourd'hui du volume d'une grosse orange et situées de chaque côté de la ligne médiane. Leur forme est arrondie, leur pourtour bien distinct, et un sillon vertical les sépare. Elles s'étendent transversalement de la ligne médiane jusqu'à un travers de doigt en arrière du sillon auriculo mastoïdien.

En avant la mâchoire inférieure repose sur une vaste tumeur qui s'étend des deux côtés jusqu'aux oreilles, formant demi col-

lier et descendant, en diminuant progressivement de largeur, jusqu'au milieu de la face antérieure du sternum. A mi-hauteur se trouve un sillon transversal et peu profond. Cette tumeur pré-cervicale débuta en 1887 par le côté droit, sans douleur, et le malade ne se rappelle pas avoir eu alors d'adénite en cette région.

D'autres grosses masses analogues se voient derrière les omoplates et sur le moignon des épaules, au-dessus des aisselles, dans la région lombaire et la région péri-ombilicale; dans ce dernier point, c'est une large masse étalée, mais devenant très saillante et circonscrite pendant la contraction des muscles abdominaux. Enfin le malade présente une véritable gynecomastie; ses seins ont le volume de ceux d'une femme qui allaite.

La peau qui recouvre toutes ces tumeurs ne présente aucune altération. Elle ne paraît pas très mobile sur les tumeurs sous-jacentes. Celles-ci offrent à la palpation une consistance molle, pâteuse. On n'y perçoit pas la lobulation ordinaire des lipomes encapsulés.

La face est restée indemne. Elle est seulement un peu pâle.

L'existence de ces tumeurs n'a nullement altéré l'état général du sujet, et, à part les symptômes d'un léger alcoolisme, l'examen successif des divers organes, cœur, foie, reins, poumons, ne révèle aucune lésion.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Le 5 octobre. — Le malade est endormi. Anesthésie au chloroforme et antiseptie de la région.

Une première incision est faite parallèlement et à environ deux ou trois centimètres au-dessous du bord inférieur de la mâchoire du côté droit. Cette incision part du bord antérieur du sterno-mastoïdien et s'arrête à un travers de doigt de la ligne médiane.

Elle intéresse successivement la peau et le peaucier, et l'on tombe alors sur la tumeur constituée par une graisse assez ferme logée dans d'étroites mailles fibreuses. Il n'existe aucune espèce d'encapsulation, bien au contraire la tumeur est fortement adhérente aux tissus qui l'entourent et dans lesquels elle s'infiltré. Les deux lèvres de la plaie sont disséquées au bistouri. La tumeur étant à découvert, M. Nélaton cherche à la libérer dans la profondeur mais les difficultés sont très grandes, car il n'existe nulle part de plan de clivage, des adhérences intimes l'unissant aux tissus sous-jacents.

La tumeur en raison de son volume et de ses adhérences dut être fragmentée, et l'on parvint ainsi à en faire l'ablation totale. Dans le cours de cette laborieuse dissection plusieurs vaisseaux assez volumineux furent sectionnés au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Les différents temps de la même opération furent répétés du côté gauche. Dès lors toute la partie sous-maxillaire de la tumeur était enlevée.

Une troisième incision fut faite un peu au-dessus de la fourchette sternale, coupant transversalement la ligne médiane, allant d'un bord à l'autre de la tumeur, mesurant dix à douze centimètres de longueur et légèrement concave en haut.

La partie superficielle de la tumeur est dégagée par la dissection prolongée aussi loin que possible des deux lèvres de la plaie. Les bords latéraux de la tumeur sont alors abordés et sa face profonde est prudemment séparée au bistouri des muscles sterno-mastoïdiens, sous hyodiens, du larynx, de la trachée, et du corps thyroïde qui présente son aspect normal. Des pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux à mesure qu'ils sont

ouverts. La partie de ces tumeurs située devant le sternum est également enlevée.

Après hémostase faite par des ligatures au catgut. Les lèvres des trois plaies sont réunies au crin de Florence et reçoivent chacune un drain.

Pansement sec à la gaze stérilisée avec légère compression. Les suites opératoires sont bonnes : à noter seulement un léger écoulement de sérosité rougeâtre par la plaie inférieure survenu vers le dixième jour.

Le 14 novembre. — Le malade, ayant demandé à être débarrassé des deux tumeurs qu'il porte dans la région occipitale, est à nouveau anesthésié.

Une première incision est faite transversalement sur la tumeur droite, allant de l'apophyse mastoïde à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane. La peau est très épaissie et absolument adhérente à la tumeur sous-jacente dont les nombreux tractus pénètrent dans sa trame. La masse est constituée par une graisse ferme, dense, mêlée d'un tissu fibreux, abondant surtout à la périphérie où il semble prédominer sur le tissu graisseux et se fusionner avec les parties voisines. Cette fusion est tellement intime que le bistouri ou les ciseaux coupent en plein tissu fibreux, néanmoins la masse est isolée et enlevée.

Même incision à gauche. La tumeur présente les mêmes caractères. Comme les incisions se rejoignent sur la ligne médiane, il se trouve que les tissus ont été divisés d'une apophyse mastoïde à l'autre. La plaie est suturée au crin de Florence sans drainage. Pansement compressif à la gaze stérilisée. Cicatrisation rapide. Elle est complète le 25 novembre où l'on enlève le dernier pansement.

CHAPITRE II

Historique.

La connaissance de cette singulière affection en tant qu'espèce nosologique distincte est de date relativement récente. « La maladie, dit Roger Williams, remonte probablement à une respectable antiquité ; elle est tout au moins aussi vieille que l'habitude d'absorber de grandes quantités de bière et d'alcool ». Et si elle a tardé si longtemps à éveiller la curiosité des cliniciens, c'est, qu'indépendamment de sa rareté, il arrive qu'en général les malades porteurs de ces tumeurs, en étant très peu incommodés, ne s'adressent au médecin que lorsque elles ont pris des proportions considérables.

Le premier cas publié à l'étranger est celui de Brodie en 1842. Mais il faut arriver à Mac Cormac (1884) Baker et Bowlby (1886) pour que la maladie soit envisagée comme une entité morbide distincte et étudiée comme telle. Mais le mémoire de Madelung publié dans les « *Archives für Klin. Chirurgie* » de 1888 est sans contredit le travail le plus, considérable qui ait paru à l'étranger.

En France c'est Huguier qui présenta à la Société de chirurgie (mars 1855) le premier cas de cette affec-

tion. En 1863 la *Gazette des Hôpitaux* publie une deuxième observation se rapportant à un malade de Foucher.

Quelques autres observations sont encore publiées dans la littérature médicale française sans apporter de grands éclaircissements à la question, lorsque en 1891, M. Bucquoy, à l'occasion d'un malade présenté par lui à la Société médicale des hôpitaux, entreprend une étude de la question et lui fait faire un grand pas.

Dès lors les observations se multiplient. Enfin en 1897 M. Hayem envisage la maladie qui a été jusqu'alors considérée comme étant d'origine nerveuse, sous un point de vue différent. Il la croit, lui, d'origine ganglionnaire et il rallie à son avis MM. Lauenois et Bensaude qui, le 1^{er} avril 1898, présentent à la Société médicale des hôpitaux un malade porteur des tumeurs qui nous occupent et appuient sur de nombreux arguments l'origine ganglionnaire de l'affection.

Citons la thèse de M. Marçais, inspirée par M. Lejars où se trouve l'histiologie d'un fragment de tumeur enlevée.

CHAPITRE III

Etiologie.

La lipomatose est de tous les pays, et, à l'inverse de ce qui existe pour le lipome vrai, elle a une prédilection remarquable pour le sexe masculin ; en effet, ce sont presque toujours des hommes qui font l'objet des observations. Et encore, à l'exception des malades de Kœnig et de M. Lejars « la maladie chez la femme diffère le plus souvent du type classique, c'est-à-dire de celui qui s'observe chez l'homme et qui est remarquable par la constance de ses caractères cliniques » (Launois et Bensaude).

La maladie débute toujours après 20 ans, si l'on excepte la malade de Dartignolles chez laquelle elle était apparue avant l'âge de vingt ans. Le malade le plus âgé avait soixante-quatre ans (Deuxième cas d'Ehrmann). C'est donc surtout une maladie de l'âge adulte.

Quoique ce ne soit pas une affection des plus communes, elle n'est cependant pas d'une excessive rareté. Déjà le nombre d'observations en est considérable, et il le serait sans doute davantage sans sa bénignité qui fait que les patients se résignent à conserver ces tumeurs indolentes, et ne se décident

à consulter que lorsque les accidents de compression ou autres deviennent menaçants ou si les nécessités sociales les y obligent.

Bon nombre de malades sont de grands buveurs et l'alcoolisme paraît être un facteur étiologique important. Presque tous les malades anglais étaient en effet alcooliques, et d'après MM. Launois et Bensaude, la proportion serait de 30 pour 100.

La syphilis, le cancer, l'albuminurie, l'obésité et le rhumatisme ont parfois coïncidé avec la lipomatose, mais ils ne paraissent pas avoir eu une bien grande influence sur son développement. On en peut dire autant de l'hérédité. Toutefois l'action du rhumatisme et d'une façon générale le terrain arthritique paraissent en favoriser le développement.

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic.

Un fait qui frappe immédiatement l'observateur, c'est la symétrie des tuméfactions ; celles-ci, en effet sont tantôt disposées par paires, tantôt elles sont en nombre impair et occupent alors la ligne médiane.

Lorsqu'elles ont atteint un certain développement le facies du malade est caractéristique.

La face repose sur un énorme bourrelet adipeux occupant la partie sous mentonnière, remplissant les régions sous maxillaires et allant se perdre vers les angles de la mâchoire. Les régions parotidiennes et préauriculaires sont occupées par des tuméfactions semblables. La partie sous mentonnière de la masse est parfois bilobée. Cette même région peut être comblée par une tuméfaction médiane dessinant en avant du cou un double et triple menton.

En général, vu de face, le malade semble avoir le cou entouré d'un énorme collier de graisse.

A la nuque ces tuméfactions sont diversement disposées. Disons tout d'abord que quelque soit leur développement, elles ne dépassent jamais la ligne courbe supérieure de l'occipital.

Presque toujours deux d'entre elles occupent les

fossettes retro-mastoïdiennes. A la partie inférieure du cou il peut en exister une seule, triangulaire, à angles arrondis, à sommet supérieur et à base légèrement échancrée (notre deuxième observation) ou bien cette deuxième tuméfaction peut être divisée par un sillon vertical correspondant à la ligne des apophyses épineuses, et la nuque est alors remplie par quatre tumeurs, « séparées par deux sillons réciproquement perpendiculaires et qui rappellent par leur réunion l'aspect des tubercules quadrijumeaux. » (Launois et Bensaude).

« Dans certains cas, dit M. Hayem, cité par les mêmes auteurs, le volume du cou et de la tête allant progressivement en décroissant de bas en haut, il en résulte que l'extrémité céphalique, depuis les épaules jusqu'au sommet du vertex, a la forme d'une pyramide tronquée à base inférieure et à sommet supérieur. » (Voir les photographies de MM. Launois et Bensaude. *Presse médicale* du 1^{er} juin 1898 et Th. Marçais (1894).

On trouve généralement d'autres tumeurs dans les régions scapulaires, deltoïdiennes, à la partie interne des bras, à la cuisse, dans les régions pectorales, épigastrique, sus-pubienne, dorso-lombaire. Elles envahissent parfois l'abdomen et le dos au point qu'ils en paraissent capitonnés. (Launois et Bensaude).

La peau qui recouvre toutes ces tuméfactions est fine et a conservé son aspect normal, à très peu d'exceptions près. Elle est en général mobile sur la masse sous-jacente ; on a cependant noté des adhérences

de la face profonde du derme ; c'était d'ailleurs le cas dans notre deuxième observation.

Ces tumeurs ont toutes les caractères des lipomes diffus. Leur limite manque de netteté et leurs bords paraissent se continuer avec le tissu cellulaire sous-cutané. « Leur consistance est molle, pâteuse, sans qu'on puisse toutefois déterminer de godet par la pression ». (Launois et Bensaude). Celles qui occupent la partie supérieure de la nuque sont fermes, résistantes, de consistance fibreuse. Morel Lavallée signale une crépitation fine due au frottement des globules graisseux.

Les auteurs ont senti parfois et nous avons pu constater nous-même par la palpitation la présence au milieu de la masse de noyaux plus fermes donnant dans notre cas la sensation d'une masse cartilagineuse. On a même parfois senti des ganglions petits et durs dans le voisinage de ces tumeurs.

Le malade de MM. Launois et Bensaude offrait même dans la face interne de chaque cuisse un cordon bosselé, sinueux et dur, parallèle à la saphène interne et qui se perdait dans la tuméfaction inguinale. « Il s'agissait vraisemblablement, disent-ils, d'un tronc lymphatique dont les parois étaient hypertrophiées. »

Ces tumeurs sont généralement indolentes ; « parfois cependant la douleur existe sous forme lancinante et le malade la rapporte alors à un siège profond » (Marçais).

Ces énormes masses lipomateuses entraînent en

somme peu de troubles fonctionnels. La tête demeure entièrement mobile, même dans le cas où le collier graisseux entoure complètement le cou.

Les symptômes de compression quand ils existent sont légers. Toutefois si le tissu graisseux fuse dans la profondeur jusque dans l'espace maxillo-pharyngien, le malade éprouvera de la dysphagie (cas de Bryck). S'il y a compression des récurrents on notera des troubles de la voix. La veine jugulaire est parfois comprimée, il existe alors de l'œdème du cou et de la face ; d'autrefois, au contraire, le malade se plaint de vertiges, d'éblouissements, de tintements d'oreilles, signes d'anémie cérébrale résultant de la gêne apportée au cours du sang artériel.

Mais en somme ces troubles fonctionnels sont rares et peu graves.

L'état général des malades dans la grande majorité des cas reste bon. MM. Launois et Bensaude signalent cependant une sensation très marquée de faiblesse « Chez notre malade l'asthénie était très marquée ; jointe à la pâleur elle rappelait le faciès spécial que présentent les leucémiques à une période avancée de leur maladie ». Les troubles de la sensibilité, de la motilité et les troubles trophiques sont rares.

M. Hayem a trouvé par l'examen des urines que l'élimination de l'urée était faible, celle des chlorures au contraire exagérée. Dans le cas de Dartignolles la production d'urée était plus forte que la normale (trente-quatre grammes par litre) de même

que les chlorures qui s'élevaient à quinze grammes par litre.

Les seuls examens du sang qui aient été faits sont celui de M. Hayem qui révéla une augmentation du nombre des hématies (le malade était cyanosé) et ceux de MM. Launois et Bensaude qui chez trois malades constatèrent une rareté des petits globules blancs mononucléaires.

Nous aurions vivement désiré avoir l'analyse des urines et du sang de nos malades, mais cela ne nous a pas été possible. Disons toutefois que les urines ne contenaient ni albumine ni sucre.

Diagnostic. — Le diagnostic de la lipomatose arrivée à la période de complet développement s'impose, et si quelques erreurs de diagnostic ont été commises, elles sont cependant relativement rares. On ne la confondra pas avec les lipomes congénitaux qui apparaissent à un âge précoce et ne donnent jamais lieu à la déformation caractéristique de la lipomatose diffuse.

Les lipomes vrais, eux, quoique parfois multiples et symétriques, n'atteignent jamais le volume des tumeurs qui nous occupent, de plus ils s'en distinguent nettement par leur capsule et leurs limites précises.

Le lymphadénome, siégeant toujours dans les régions ganglionnaires pourrait être confondu avec la lipomatose, mais seulement à sa dernière période, lorsque ses parties se fusionnent pour constituer une masse immobile. Il suffira de se rappeler que

le lymphadénome évolue rapidement, que son envahissement est progressif et régulier.

La différence entre les tumeurs graisseuses de la lipomatose et le bourrelet adipeux qui se rencontre à la région antérieure du cou et à la nuque chez les obèses est trop grande pour qu'une confusion soit possible. D'ailleurs on trouvera dans le cas d'obésité des signes d'adipose viscérale qui manquent dans le premier cas.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Nous avons déjà noté que les lipomes diffus symétriques siégeaient toujours dans des régions où l'on rencontre habituellement des ganglions.

De plus ces tumeurs sont remarquables par l'absence d'une enveloppe fibreuse complète. A cet égard elles diffèrent absolument des lipomes vrais qui sont toujours encapsulés et facilement énucléables.

Grâce à cette particularité, elles s'infiltrèrent de tous côtés et adhèrent intimement aux tissus environnants.

« Pour ce qui est du siège anatomique de ces tumeurs, disent Marrant Baker et Anthony Bowlby nous ne doutons pas qu'elles n'occupent le tissu cellulaire sous-cutané, et nous ne saurions convenir avec M. W. Mac Cormac que dans le cou elles siègent sous l'aponévrose du trapèze ».

Cependant : « Les tumeurs cervicales enlevées commençaient dans le tissu cellulaire sous-cutané et pénétraient à travers l'aponévrose cervicale jusque dans l'interstice des muscles de la nuque et parfois même jusqu'aux apophyses épineuses des vertèbres

cervicales (observation de Huckins, etc.) ». (Lau-
nois et Bensaude).

Chez le malade de M. Lejars, observation XIV de
Marçais, le lipome, situé entre le trapèze et le ster-
no-mastoïdien, s'étendait même à travers ces muscles.
Dans la région antéro-latérale du cou, elles peuvent
s'insinuer entre les gros vaisseaux et même, comme
dans le cas de Bryck pénétrer entre le larynx et le
pharynx.

L'examen des tumeurs enlevées a toujours dé-
montré qu'elles étaient constituées par du tissu
adipeux.

Une tumeur enlevée par M. Delbet au malade de
M. Hayem était composée de tissu graisseux renfer-
mant de petits ganglions noirâtres.

Marçais trouve que les petits rameaux vasculaires
sont atteints d'endo et de périartérite, d'endo et de
périphlébite. Les troncs moyens paraissent indem-
nes; de plus il démontre que la graisse prend nais-
sance dans les cellules du tissu conjonctif qui accom-
pagne les vaisseaux comme un satellite.

Pour nous ayant prélevé un fragment sur chacu-
ne des tumeurs enlevées à nos deux malades, nous
avons prié M. Gastou, chef du laboratoire central
de l'hôpital Saint-Louis, d'en faire l'examen histo-
logique. Nous le remercions vivement de l'amabilité
avec laquelle il se mit à notre disposition.

Voici les résultats de son examen :

La première pièce provenait de la tumeur cervi-

cale enlevée au malade qui fait l'objet de notre deuxième observation.

Les coupes ont été examinées au microscope Leitz, oculaire 3, objectif 4,

On distingue deux parties : 1° Un réticulum dans lequel se trouvent les éléments graisseux. 2° des traînées de tissu conjonctif fibro-élastique qui, par places, forment des amas assez considérables. Au milieu de ces amas existent de grosses artères sectionnées transversalement et dont les parois sont très épaissies. En un point de la coupe, à côté des artères, on aperçoit les veinules qui les accompagnent et qui sont gorgées de sang.

Même oculaire, objectif 7. A ce grossissement le réticulum apparaît constitué par des fibres conjonctives très minces, et à chacun de ses nœuds se voient des noyaux étoilés ou allongés ; dans les parties fibro-élastiques qui tapissent les faisceaux existent des noyaux allongés de cellules conjonctives. On aperçoit en outre des espaces lacunaires dont les parois sont tapissées de nombreux noyaux allongés. En aucun point de la préparation on ne voit d'élément glandulaire et il n'existe pas d'infiltration leucocytaire.

Il s'agit donc ici d'un fibro-lipome, l'élément fibreux et l'élément adipeux étant intimement mêlés. Cependant nous croyons devoir insister sur le fait de la présence d'espaces lacunaires, probablement lymphatiques.

Deuxième pièce prélevée sur la tumeur précervi-

cale du même malade. Nous ferons remarquer que l'examen a porté sur la portion la plus dure de la tumeur, celle qui, à la palpation, donnait la sensation d'un cartilage plongé au milieu de la masse.

A un faible grossissement on retrouve identiquement le même tissu, avec des mailles beaucoup plus petites, des faisceaux fibro-élastiques très réduits et par places quelques fibres musculaires. Le tissu est surtout lipomateux et l'élément vasculaire est bien moins développé que dans la préparation précédente.

Troisième pièce prélevée sur la tumeur précervicale du malade de notre première observation.

La structure est toujours la même, les éléments vasculaires sont cependant plus nombreux, mais ne présentent pas d'épaississement de leurs parois. Les travées conjonctives sont ici infiniment plus minces que dans les préparations précédentes, et les petits vaisseaux présentent des cellules d'infiltration et des leucocytes.

Dans les coupes de cette dernière préparation les mailles qui contiennent la graisse sont comme dissociées et entre ces mailles existent des lacunes formant de véritables canaux dont les parois sont en certains points tapissées de noyaux allongés et plats, analogues à l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Ce sont très probablement des canalicules lymphatiques, car on les trouve surtout aux environs des vaisseaux qu'ils accompagnent dans leur trajet.

En résumé nous pouvons dire :

1° Ces tumeurs sont formées de tissu gras-
seux dont les loges adipeuses varient de dimensions avec
la préparation examinée ;

2° On y rencontre du tissu fibro-élastique d'autant
plus abondant et d'autant plus épaissi que les vais-
seaux y sont eux-mêmes plus abondants et à paroi
plus épaisse ;

3° Un fait important est la présence de vaisseaux
lymphatiques en relation de nombre et de largeur
avec les vaisseaux sanguins et faisant songer au tissu
adénoïde.

Il semble donc que ces lipomes soient liés à un
trouble de nutrition du tissu vasculo-conjonctif de
soutènement.

Quant à la cause même de ce trouble de nutrition
elle sera discutée au chapitre de la pathogénie.

CHAPITRE VI

Pathogénie.

La formation de dépôts graisseux, localisés ou diffus a depuis longtemps excité la sagacité des cliniciens.

Du temps de Hunter qui admettait l'existence d'un appareil glanduleux destiné à sécréter la graisse, on attribuait ces lipomes à une oblitération de ces appareils ou à une espèce de sécrétion.

Pour Morgani qui admettait que la graisse était fluide et transportée par le sang, les tumeurs graisseuses provenaient soit de la laxité des logettes du tissu cellulaire, soit de l'occlusion ou de la compression des vaisseaux chargés de remporter la graisse. Il en résultait la formation d'une masse graisseuse dont le volume allait croissant de jour en jour.

Broca, en présence de nombreux cas de lipomes multiples, invoque pour les expliquer une dyscrasie spéciale, une diathèse lipomateuse que Cruveilhier accepte et que Darbez soutient dans sa thèse.

Wirchow n'admit pas cette théorie. Pour lui les lipomes étaient dus à un processus d'irritation locale, car, avec une cause générale, comme une diathèse lipomateuse, le pannicule adipeux tout entier devrait

s'hypertrophier et non pas seulement celui de telle ou telle région.

Sénac démontre que la plupart des lipomes congénitaux se produisent dans un angiome guéri par l'envahissement du tissu graisseux ; et M. Quénu, généralisant cette explication, admet que tout lipome est dû à une vascularisation anormale et transitoire d'une région.

« Il est probable, dit-il, que toutes ces causes (traumatismes, etc.) ont pour intermédiaire la production d'un tissu embryonnaire et la néoformation de vaisseaux, et que cette espèce de vascularisation transitoire devient un terrain favorable, au même titre qu'un *noëvus*, au développement exagéré du tissu adipeux ». C'est ce qu'il appelle la théorie vasculaire.

Pour ce qui est de l'espèce de lipome qui nous occupe, on a tenté de les expliquer de diverses manières.

Madelung, n'ayant pas trouvé le corps thyroïde chez un de ses opérés, s'est demandé s'il ne s'agissait pas d'une dystrophie relevant d'une affection ou d'une atrophie de cette glande. Dans ce cas la maladie serait à rapprocher du *myxœdème*.

Hutchinson, considérant que dans le goître exophtalmique la saillie de l'œil est due à une accumulation de graisse au fond de l'orbite, la rapprochait de cette affection.

On peut leur objecter que Bryck retrouve le corps thyroïde chez un de ses opérés. Nous ajouterons que, chez le malade qui fait l'objet de notre deuxième

observation, M. Nélaton a pu constater que cette glande avait conservé son aspect et ses dimensions normales. En outre l'affection s'observe particulièrement chez les hommes qui semblent moins prédisposés que les femmes aux maladies du corps thyroïde et elle a été constatée dans le Mecklembourg où les affections du corps thyroïde sont presque inconnues.

En 1887, l'Allemand Grosch explique la localisation des tumeurs graisseuses par la théorie des glandes cutanées.

Avec les auteurs il avait été frappé de ce fait que les régions les plus exposées aux traumatismes ne sont pas le siège habituel des lipomes. En effet les régions affectées sont par ordre de fréquence : la nuque, le dos, le cou, la partie supérieure des bras, la fesse, la paroi thoracique et, très rarement, les extrémités des membres. Cette loi de distribution est applicable aux lipomes multiples et aux lipomes diffus symétriques. Or la fréquence des lipomes dans une région déterminée est en raison inverse de la richesse de cette région en glandes sébacées et sudoripares.

Et Grosch appuie cette loi sur les tableaux suivants tirés de Krause.

Un pouce carré de peau renferme de glandes sudoripares :

Nuque, dos, fesse.	417
Thorax, abdomen.	1.136
Cou.	1.303
Cuisse.	576
Avant-bras	1.100
Plante des pieds	2.685
Paume de la main.	2.736

Les glandes sébacées étant annexées aux poils c'est par eux qu'on les évalue.

Poils par centimètre carré :

Cuisse	8
Dos	11
Bras	13
Pubis,	20
Occiput.	133
Vertex	171

D'où il est permis de conclure que l'activité sécrétoire des glandes sébacées est un facteur de première importance de l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, et tout trouble sécrétoire se traduira par une adipose partielle au niveau de la lésion.

Les causes de ces troubles de sécrétion sont locales ou générales.

Les causes locales donnent naissance aux lipomes solitaires. Ce sont : les traumatismes et les divers troubles trophiques.

Les causes générales relèvent du bulbe et de la

moelle dorsale. Elles donnent naissance à des lipomes symétriques à cause de la symétrie de la lésion centrale.

Grosch considère cette symétrie comme un argument de grande valeur, car elle ne lui paraît pas autrement explicable.

Il tire un autre argument de ce que la physiologie nous apprend sur l'élimination de la graisse. D'après M. Beaunis, en effet, une partie de la graisse de l'organisme est éliminée telle quelle avec les cheveux, la matière sébacée, la sueur, le lait, etc.; mais la plus grande partie doit subir des transformations préalables avant d'être éliminée sous forme d'eau et d'acide carbonique par les poumons et par la peau. Ajoutons que la matière sébacée contient 30/100 de graisse en nature. Ainsi le rôle de la sécrétion sébacée étant énorme, il semble logique à Grosch d'attribuer aux troubles de cette sécrétion le défaut d'élimination de la graisse et son accumulation sous les différentes formes d'obésité, de lipomes diffus et même de lipomes circonscrits.

En Allemagne cette théorie a été diversement accueillie. Koettnitz ne croit pas à cette loi de localisation et oppose à la statistique de Grosch celle de Lutzau, de Meerbeck et d'Ehrenwal. Plettner se demande pourquoi, si la théorie de Grosch, est exacte, il n'y a pas récidence.

Quoiqu'il en soit l'existence des troubles sécrétoires invoqués par Grosch reste à démontrer.

Jusqu'à la communication faite à la Société médi-

cale des hôpitaux de Paris le 7 avril 1898 par MM. Launois et Bensaude, la théorie nerveuse était presque universellement admise. Elle était basée sur la diffusion et la symétrie des lipomes et leur coïncidence chez un certain nombre de malades avec des affections graves du système nerveux (malade de Madelung, tabès — celui de Bouju, tabès — celui de Targowla, paralysie générale, — observation de Bucquoy, sciatique). Dans trois cas la maladie est liée à des troubles menstruels, en plus de symptômes nerveux graves (cas de Boucher, Dartignolles etc.).

Il s'agirait pour les partisans de cette théorie « d'une action trophique exagérée développée sous l'influence d'une impressionnabilité des cellules grises de la moelle par une cause inconnue, impressionnabilité mettant en jeu à l'excès cette chose si mal connue et partant si peu démontrée par les physiologistes, nous voulons parler de la trophicité. » (1) Cependant comme il n'existe pas de troubles de la sensibilité ni de troubles trophiques, que la force musculaire reste intacte. MM. Launois et Bensaude sont amenés à « se demander s'il faut attribuer une aussi grande importance au système nerveux dans la production des tumeurs. » Déjà en 1892 M. Siredey faisait la remarque que les troubles trophiques réellement dus à des altérations nerveuses ne sont pas forcément symétriques, mais répondent rigoureusement à la distribution des rameaux

1 Bouju. Thèse. 1891-1892.

nerveux. Or la distribution des lipomes diffus ou localisés ne répond nullement au trajet des nerfs. Pour lui l'action du système nerveux se réduirait à une influence générale vague.

Nous arrivons enfin à la théorie ganglionnaire. Déjà Baker et Bowlby avaient remarqué que les tumeurs occupent la place des ganglions lymphatiques, mais ils n'en avaient rien conclu au point de vue pathogénique. M. Hayem le premier considéra son malade comme atteint d'une lymphadénie ganglionnaire de forme lipomateuse. Mais c'est à MM. Launois et Bensaude que revient l'honneur d'avoir les premiers proposés la théorie ganglionnaire en l'appuyant sur de nombreux arguments.

Ils font remarquer que les tuméfactions siègent ordinairement dans des régions normalement occupées par les ganglions lymphatiques. Et quoique l'on ne décrive pas en général de ganglions dans certaines régions (épaule, région scapulaire, épigastre, pubis, colonne vertébrale) qui sont souvent le siège de ces tumeurs, ces ganglions n'en existent pas moins. « Il est vrai, disent-ils que l'on pourrait s'étonner de la localisation fréquente des lipomes au voisinage de ganglions non ordinairement décrits dans les classiques ; mais cette prédilection pour certains groupes ganglionnaires constitue encore une particularité de la pathologie du système lymphatique que l'on retrouve dans la syphilis, l'infection chancrelleuse et même dans les infections non spécifiques. »

Ils tirent un argument important de la présence au milieu des masses graisseuses de ganglions ou de noyaux durs.

Ce qui les confirme encore dans leur hypothèse c'est :

1° L'infiltration graisseuse gagnant la profondeur le long des vaisseaux lymphatiques.

2° L'existence en certains points des tuméfactions d'une sorte de capsule qui ne serait qu'une partie de l'enveloppe des ganglions non encore dégénérée.

3° Les changements rapides de volume que présentent parfois les tuméfactions et qui ne peuvent s'expliquer que par une connexion intime avec le système circulatoire.

4° La ressemblance parfois si frappante de l'affection (aine, aisselle) avec l'adéno-lymphocèle.

5° Le cas de Darbez dans lequel existait une infiltration cancéreuse (?) généralisée des ganglions sous-maxillaires, axillaires, mésentériques et bronchiques.

Voici leur conclusion : « Nous croyons donc qu'il s'agit primitivement, ainsi que le supposait le professeur Hayem d'une maladie du système lymphatique (ganglions et vaisseaux) mais que cette affection est absolument distincte de la lymphadénie ainsi que le montrent l'anatomie pathologique, l'étiologie et surtout l'évolution clinique.

Sans vouloir en rien diminuer la valeur de cette théorie, qu'il nous soit cependant permis de sou-

mettre ici quelques réflexions que nous a suggérées l'étude de la question.

S'il existe ordinairement des ganglions là où siègent généralement les tumeurs, on y trouve aussi un tissu cellulaire plus abondant que partout ailleurs.

De plus, quoique MM. Launois et Bensaude aient répondu d'avance à l'objection, on peut s'étonner de rencontrer ces tumeurs là où l'on ne décrit pas généralement de ganglions.

L'anatomie pathologique n'est nullement jusqu'à présent en faveur de cette hypothèse. Tous les examens histologiques ont démontré que ces tumeurs étaient uniquement composées de graisse et de tissu fibreux, en proportion variable. Le cas du malade de M. Hayem chez lequel, au milieu d'une tumeur enlevée, M. Delbet rencontra de petits ganglions noirâtres, par conséquent altérés, est unique. Nous répétons que, dans nos préparations, M. Gastou, malgré ses recherches, n'a trouvé aucune trace de tissu adénoïde ; et le fait de l'existence des systèmes lacunaires (probablement lymphatiques) ne saurait devenir un argument en faveur de l'origine ganglionnaire de l'affection, car ces canalicules ne présentaient pas la moindre altération. Ils étaient seulement le siège d'une dilatation qu'avec M. Gastou nous avons attribué, légitimement, croyons-nous, à la compression exercée par les masses adipeuses. Et peut-être faudrait-il interpréter ainsi cet état éléphantiasique de la peau, tous ces troubles vasculaires qui sont signalés dans certaines observa-

tions. Le doute ne nous paraît pas possible en ce qui concerne le cas de M. Hayem. D'ailleurs il dit lui-même : « L'aspect éléphantiasique de la peau peut s'expliquer par des troubles de nutrition en rapport avec la gêne de la circulation veineuse et lymphatique due à la présence de la tumeur ».

Quant aux noyaux durs sentis par la palpation au milieu des masses adipeuses, ils ne nous semblent pas être des ganglions.

Les chirurgiens qui ont opéré ces sortes de malades insistent sur la nature exclusivement graisseuse des tumeurs enlevées ; et ils auraient sans doute signalé la présence de ganglions s'ils en avait rencontré au centre de ces tuméfactions.

Le cas de M. Delbet est croyons-nous le seul de ce genre. Nous même, ayant constaté à la palpation la présence d'un noyau d'une extrême dureté au milieu de la tumeur précervicale du malade qui fait l'objet de notre deuxième observation, nous avons, après l'intervention, soigneusement prélevé cette portion de la tumeur pour nous assurer de sa nature. On a vu au chapitre de l'anatomie pathologique que l'examen histologique n'y avait révélé que du tissu graisseux.

Enfin nous dirons, à propos de l'infiltration graisseuse le long des vaisseaux lymphatiques, qu'il n'y a à cela rien d'étonnant ; car les vaisseaux lymphatiques accompagnent les vaisseaux sanguins et nous avons vu que le tissu conjonctif péri-vasculaire était le siège d'un trouble de nutrition. Marçais avait d'ail-

leurs démontré que la graisse prenait naissance dans le tissu conjonctif ou périmysium entourant les petits vaisseaux.

Ces théories, quelque'ingénieuses qu'elles puissent être, paraissent insuffisantes à expliquer cette affection.

Les porteurs de ces tuméfactions sont dans l'immense majorité des cas des arthritiques ou des alcooliques. Or on sait que la nutrition semble fâcheusement affectée par l'action toxique de l'alcool ; en effet l'usage de l'alcool ralentit l'absorption d'oxygène, la production d'acide carbonique, diminue, en un mot, le processus d'oxydation par lequel la graisse est normalement consumée, et ce tissu s'accumule alors dans l'organisme. « Aussi, dans le corps d'un buveur, il est fréquent de rencontrer la graisse du mésentère, de l'épiploon et la graisse périrénale transformée en des sortes de tumeurs très semblables, sinon identiques aux néoformations (1) » qui nous occupent.

Nous savons de même que les maladies arthritiques « ont toutes comme caractéristique commune un ralentissement des mutations nutritives d'où résultent des changements chimiques dans la composition des humeurs et par suite dans celle des éléments anatomiques que ces humeurs imprègnent » (2).

1. W. Roger Williams.

2. Chareot et Bouchard. *Traité de médecine*, t. 1, p. 248.

Dans ces conditions serait-il téméraire de prétendre que ces tuméfactions sont le résultat d'un trouble général de la nutrition se traduisant par un ralentissement des échanges organiques ?

CHAPITRE VII

Marche et terminaison.

Ces tuméfactions naissent en général insidieusement et leur début passe inaperçu ; de telle sorte que les malades ne peuvent en préciser l'époque. Il est certains cas, cependant, où il est assez bruyant, témoin le cas de Hayem où la maladie aurait débuté par des oreillons et celui de Hallopeau et Janselme où les tumeurs apparurent rapidement dans le cours d'une maladie aiguë.

Les premières tumeurs apparaissent de préférence à la région cervicale, mais les cas ne sont pas rares où elles ont débuté par toute autre région. Le développement de deux tumeurs symétriques peut varier pour chaque tumeur, ainsi que la rapidité avec laquelle il se produit.

L'accroissement quoique lent est progressif, cependant arrivées à un certain volume les tumeurs restent stationnaires. On a signalé des poussées survenant brusquement, à l'occasion des règles par exemple, et cela chez des sujets dont les masses adipeuses étaient depuis plusieurs années stationnaires.

MM. Launois et Bensaude appellent l'attention sur cette particularité qu'elles présentent d'augmenter ou

de diminuer alternativement dans certaines circonstances, et ils font remarquer, pour en tirer un argument en faveur de leur hypothèse, que ces mêmes variations de volume s'observent dans les adéno-lymphocèles. Ajoutons que le volume de ces tumeurs reste indépendant des oscillations de la nutrition. Le malade peut être considérablement amaigri par telle ou telle maladie cachectisante sans que les tumeurs diminuent (Voir la photographie de la malade de M. Lejars. *Presse médicale*, 1^{er} juin 1898).

Ces tumeurs, malgré les variations de volume dont nous avons parlé, ne disparaissent jamais complètement. Toutefois Brodie, en traitant son malade par la liqueur de potasse, l'avait amélioré au point que les masses avaient presque disparu.

CHAPITRE VIII

Traitement et pronostic.

La maladie a jusqu'à ce jour résisté aux moyens médicaux employés pour la combattre. Si l'on excepte le malade de Brodie qui vit ses tumeurs diminuer d'une façon remarquable sous l'influence d'un traitement à *la liqueur de Potasse*, les patients n'ont en général tiré qu'un bénéfice illusoire des divers traitements auxquels ils ont été soumis. C'est ainsi qu'on a essayé l'iodure de potassium, soit isolé, soit associé à l'arsenic. On a même eu recours à l'électricité sous forme de courants induis ou continus.

De tous les traitements médicaux, le traitement thyroïdien paraît seul avoir donné des résultats appréciables. Schuschar dt s'en est bien trouvé et le malade de M. Hayem était notablement amélioré par deux ou trois capsules par jour de corps thyroïde. Enfin MM Launois et Bensaude n'ont eu qu'à s'en louer pour leur malade.

Malgré cela le traitement médical n'a pas dit son dernier mot et les malades, soit que les accidents deviennent menaçants, soit que leur infirmité les fasse repousser de certains emplois, viennent sou-

vent demander au chirurgien de les débarrasser de ces masses exubérantes.

Que faire dans ces cas ? A notre avis on devra toujours s'inspirer des indications locales et à moins d'exigences sociales imposant une intervention, s'abstenir en l'absence de tout trouble fonctionnel.

D'ailleurs l'opération elle-même ne va pas toujours sans quelque difficulté. Sans parler des prolongements adipeux qui peuvent s'insinuer entre certains organes, l'œsophage et la trachée par exemple, du voisinage de gros troncs vasculaires parfois compris dans ces vastes tumeurs, le chirurgien aura à compter avec les adhérences multiples qui unissent ces néoformations à la peau et au plan sous-jacent. La dissection et l'isolement de la tumeur est parfois laborieux. Je n'en veux pour exemple que le cas de M. Marfan dans le service de M. Théophile Anger, et la tumeur de la nuque dans notre deuxième observation.

En outre le chirurgien ne devra pas toujours compter sur un résultat définitif ; car la diffusion étant un des caractères distinctifs de ces tumeurs, rien de surprenant à ce que certaines parties de la masse échappent quelquefois à l'intervention et soient l'origine d'une récurrence.

Disons toutefois qu'à part quelques cas où les troubles fonctionnels revêtent une gravité telle qu'une intervention s'impose, la maladie est en général si bénigne que les malades n'en sont nullement incommodés.

OBSERVATIONS FRANÇAISES

OBSERVATION I

Huguier. (Société de chirurgie, 7 mars 1855.)

C...., homme, 33 ans, paveur, six ans après une chute s'aperçut qu'une tumeur se développait du côté gauche de la nuque. Plus tard, d'autres tumeurs apparurent à l'épaule, sous la mâchoire, aux mamelles, à la partie externe et supérieure de la cuisse, à l'angle inférieur de l'omoplate, de chaque côté de la colonne vertébrale, au pubis et en haut du sacrum.

Toutes ces tumeurs ont les caractères du lipome.

OBSERVATION II

Foucher. (Gazette des Hôpitaux, 1863, p. 485.)

Homme, 33 ans, garçon de restaurant. Etat général bon, antécédents héréditaires et personnels nuls.

Depuis un an, tumeur apparue à la nuque, sans douleur, suivie d'une autre du côté opposé.

Quatre lipomes à la partie postérieure de la nuque, un de chaque côté du corps thyroïde, six autres lipomes symétriques sur le corps.

Foucher refuse d'opérer le malade, malgré sa demande.

OBSERVATION III

Dabrez. (Thèse Paris, citée d'après Bonju).

Homme, 68 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Était porteur de deux cent quinze tumeurs symétriques au cou, au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs.

OBSERVATION IV

Boucher (de Rouen). (France Médicale,
13 juin 1889, n° 67, p. 769.)

Mme N..., 55 ans. Mère goutteuse. Santé parfaite jusqu'à la ménopause. En ce moment, congestions violentes de la face coïncidant avec le retour des époques menstruelles. Tumeurs de chaque côté du cou. Rhumatisme.

OBSERVATION V

Sédillot (Thèse Laskaridès). Strasbourg 1878.

Homme porte depuis 7 ans une tumeur diffuse entourant complètement le cou.

OBSERVATION VI

Bucquoy (Société médicale des hôpitaux), 19 juin 1891.

F... Alexandre, garçon de bureau, sciatique, eczema, ulcère variqueux, douleurs lombaires.

Les tumeurs forment un double menton sous la mâchoire. Deux autres se trouvent derrière les oreilles et les apophyses mastoïdes. Deux autres à la nuque séparées par les apophyses épineuses des vertèbres cervicales. On en compte quatre sur la partie antérieure du tronc, deux dans la région lombaire, deux au scrotum et deux un peu en dehors de l'aisselle.

Etat général excellent. Le malade a été revu en 1892 à Bicêtre. Les tumeurs ont diminué d'une façon lente mais progressive, sans qu'aucun traitement ait été institué.

OBSERVATION VII

Targowla (Annales médico-psychologiques, mars avril 1891, p.2).

L..., François, cocher. Hérédo-étylisme, paralysie générale. Tumeurs lipomateuses à la région zygomatique grosses comme un œuf.

Deux semblables derrière les oreilles, masse lâche, diffuente, sous maxillaire séparée en deux sur la ligne médiane. Autres tumeurs aux clavicules, au niveau du deltoïde et à la région sacrée.

OBSERVATION VIII

Bouju. (Thèse de Paris, 1892).

Désiré L..., 52 ans, bijoutier. Père alcoolique, mère rhumatisante. Le malade est tabétique. De 20 à 25 ans, il a eu de fortes migraines. Il a été chauve de bonne heure, Vers 1888, excès de boissons (il avait des pituites le matin).

Les tumeurs débutèrent à 28 ans derrière la nuque.

Actuellement collier cervico-facial énorme.

Le tronc, l'abdomen, les membres inférieurs sont également envahis par des lipomes. Le nombre des tumeurs visibles est de 31 et elles sont parfaitement symétriques.

OBSERVATION IX

Dartignolles. (Société médicale des hôpitaux, 10 juillet 1891).

X..., femme, 21 ans. Père névropathe, dyspeptique. Mère dont les ascendants étaient entachés de nervosisme. Caractère excentrique.

Antécédents personnels. — A quatre ans, dermatose rebelle, à la puberté, chlorosè. A 18 ans, migraines, essoufflements, faiblesse dans les jambes, sciatique droite, hydarthrose du genou droit consécutive à une chute. Actuellement migraines violentes, faiblesse considérable des membres inférieurs, mais non des supérieurs.

Joues remplies par un bourrelet graisseux faisant saillie dans la cavité buccale.

Encolure énorme due à deux tumeurs du volume d'une pomme, siégeant entre le trapèze et le sterno-mastoïdien. Trois tumeurs plus volumineuses à la nuque remplissant la moitié supérieure de l'espace intercapsulaire et séparées par des sillons.

A la région lombo-sacrée autre tumeur, se continuant insensiblement avec les fesses. Tuméfaction transversale au-dessous de l'ombilic.

Enfin à la partie interne et supérieure des cuisses, deux autres tumeurs symétriques allongées semblables aux précédentes.

OBSERVATION X

Armand Siredey (Société médicale des hôpitaux, 30 juin 1892).

H. Andrieu, 43 ans. Père rhumatisant. Lui-même a eu des épistaxis, du rhumatisme, du purpura. Aortite chronique. Souffre actuellement de douleurs articulaires. Collier cervico-facial. Tumeur sur la joue gauche, aux épaules, aux bras, au coude, au thorax, à l'ombilic, aux aînes, aux articulations coxo-vertébrales et aux cuisses. Le début remonte à 17 ans. Développement rapide, puis elles sont restées stationnaires.

OBSERVATION XI

Hallopeau et Janselme (Société de dermatologie et de syphiligraphie, 13 février 1893, p. 195).

Facteur, 48 ans, début en 1892 pendant qu'il était alité pour une jaunisse. Tumeurs des régions parotidiennes et de la région cervicale antérieure. On en trouve encore une de chaque côté de l'appendice typhoïde. Tumeurs probables du médiastin.

OBSERVATION XII

Lejars. (Thèse de Marçais, 1894, observation XIII).

Homme, 40 ans, aucun trouble de la santé générale. Deux lipomes de la nuque, un au pli inguinal gauche, un à la symphyse pubienne, en fer à cheval et circonscrivant la racine de la verge. Un à la région lombaire, un au niveau de l'aisselle gauche.

OBSERVATION XIII

Thèse de Marçais. (Paris, 1894. Observation XIII).

C... Jean, 45 ans, employé de commerce. Début indolent, insidieux, remontant à 12 ans.

Des tumeurs occupent les régions mastoïdiennes, parotidiennes, les parties antérieure et latérale du cou, les omoplates, les bras, le creux épigastrique. L'état général est bon, et si le malade demande une opération, c'est uniquement à cause de la gêne apportée par ces tumeurs.

OBSERVATION XIV

X..., 66 ans, garçon limonadier, rhumatisme chez les ascendants. Lui-même a été atteint de rhumatisme articulaire aigu.

Des tumeurs occupent la nuque, les régions parotidiennes et mastoïdiennes, sus-acromiale et deltoïdienne, la face interne du bras, le sacrum, les deux cuisses.

OBSERVATION XV

Hayem (Société médicale des hôpitaux. 5 mars, 1897. p. 325).

X..., 38 ans, employé au gaz.

Début brusque par les oreillons et remontant à cinq ans. Ganglions hypertrophiés et cordons indurés semblant les réunir entre eux. Aspect éléphantiasique de la peau au niveau de l'aisselle droite, dyspnée légère, troubles de la voix. Les

Tapie

tumeurs occupent la région cervicale, les fosses sous épineuses, les aisselles, les aines, et probablement le médiastin, car il existe des symptômes de compression bronchique.

OBSERVATION XVI

Dolché (Société médicale des hôpitaux, 15 octobre 1897).

X. 49 ans, maçon. Troubles mentaux, testicules petits, fonctions génitales diminuées. Les tumeurs occupent la nuque et la région antéro-latérale du cou; on en retrouve encore à la paroi antérieure de l'abdomen, aux aines, au plis du coude.

OBSERVATION XVII

Lejars (publiée par MM. Launois et Bensaude, Société médicale des hôpitaux, 1^{er} avril 1898).

D. Louis, 39 ans, teinturier, début remontant à 6 mois, tumeurs de la nuque.

OBSERVATION XVIII.

Albert Mouchet (publiée par MM. Launois et Bensaude. *ibid.*).

E. Receveur, 38 ans, homme d'équipe. Tumeurs de la nuque et de la région sous maxillaire.

OBSERVATION XIX

MM. Launois et Bensaude (ibid).

Kung M..., 32 ans. Sœur obèse. Lui-même est alcoolique. Présente de l'affaiblissement, un facies leucémique, de l'hypertrophie de la rate et une leucocytose légère.

OBSERVATION XX

M. A. Marfan. (Gazette médicale de Paris, 2 septembre 1882, p. 433).

Célestin G..., 23 ans, charretier. Appartient à une famille où l'on est généralement gros. Lui-même est gros et alcoolique.

Tumeur de la nuque. On diagnostiqua un kyste sébacé. L'opération démontra qu'il s'agissait d'un lipome diffus siégeant au-dessus de la nuque dans le cuir chevelu et envahissant la région cervicale.

OBSERVATIONS ANGLAISES

Morrant Baker and Anthony Bowlly, Medico-chirurgical transactions 1886. Vol. LXIX, page 41.

Les auteurs publient 13 cas de lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Les malades sont tous du sexe masculin. Le plus jeune a 29 ans, le plus âgé 63 ans. Tous sont alcooliques.

Les tumeurs sont distribuées comme à l'ordinaire et l'examen histologique fait par Hutchinson et W. Mac Cormac démontre qu'il s'agit de tissu graisseux mélangé en proportion variable de tissu fibreux.

Les auteurs font la remarque que le siège des tumeurs coïncide avec celui des ganglions, mais ils n'y attachent aucune importance, au point de vue pathogénique. Pour eux l'origine de ces néoformations doit être cherchée dans l'alcoolisme.

OBSERVATION I

Holgmann (« the lancet » 31 mai 1873).

Jeune fille de 12 ans. Le cou a grossi depuis un an et la respiration est considérablement gênée, ainsi que la déglutition. La tumeur mesure 13 cm. 1/2 à la base et augmente encore.

Frictions à l'iodure de mercure, iodure de potassium à l'intérieur. Arrêt du développement de la tumeur au bout de six semaines. Deux mois après, solution de potasse, diminution considérable.

OBSERVATION II

W. Roger Williams. (Transactions of the pathological Society)
(of London, 1890, page 289).

Homme, 40 ans, court, bien nourri, buveur. Santé bonne. Début : il y a 12 ans, énorme tumeur tremblotante, entourant le cou et présentant en avant et en arrière deux masses pendantes. En avant elle descend jusqu'au milieu du sternum. Deux autres

tumeurs symétriques de la nuque. Ces tumeurs fermes, lobulées, causent un peu de gêne pour les mouvements et rendent la respiration légèrement pénible. Autres tumeurs sur les membres supérieurs et l'abdomen.

OBSERVATION III

W. Roger Williams (ibid.).

Homme 23 ans, domestique d'auberge. Alcoolique. Souffre depuis deux ans d'une bronchite.

Début, 18 mois par le menton. Homme pâle, obèse, très noir, dont le cou est complètement entouré par une tumeur graisseuse. En arrière la masse est quadrilobée. Sur l'épaule droite tumeur diffuse.

La famille est sans tare.

Fut, sur son désir opéré par M. Morris qui trouva une tumeur graisseuse, sans capsule, avec les muscles correspondants hypertrophiés. Au microscope on trouva du tissu graisseux ordinaire.

OBSERVATION IV

W. Roger Williams (ibid.).

Homme, 26 ans, tailleur, début remontant à un an. Le malade était très brun, bien nourri et en bonne santé. Il portait une tumeur molle, diffuse, peu volumineuse à la partie postérieure du cou.

OBSERVATION V

W. Roger Williams (ibid).

Raffineur, 45 ans, début 5 ans. Tumeurs symétriques de l'abdomen, des régions inguinales et crurales.

OBSERVATION VI

Clutton (Saint-Thomas'Hospital Reports. 1881, vol. XI, p. 54).

Homme 44 ans, marchand de vins. Les tumeurs occupent la nuque (2) les régions sous-maxillaires, les côtés de l'apophyse mastoïde, le dos, les lombes, l'abdomen, le pli du coude. Toutes ces tumeurs sont isolables et symétriques.

OBSERVATION VII

Blizard Curling (Méd. Chir. Transactions. Vol. XXXIII).

Fille, 6 ans, idiote. On remarque des tumeurs symétriques au cou. L'enfant meurt au bout de un mois. A l'autopsie on trouve les circonvolutions des hémisphères non développées, pas de corps thyroïde. Les tumeurs sont des lipomes diffus.

OBSERVATION VIII

Rosenstein (Medical Record. N. Y. 1893. p. 385-389).

R. B...; 53 ans. Nègre. Cuisinier.

Début il y a 7 ans par la face interne des cuisses, puis appari-

tion de tumeurs sur les bras, la poitrine, les jambes et sur le bord de la mâchoire inférieure en arrière des apophyses mastoïdes, au-dessous de l'apophyse xyphoïde, de l'épine de l'omoplate, aine, lombes, une dans chacune des régions antéro-interne de la cuisse. Pour vérifier la théorie de Grosch on fit sur lui des injections de pilocarpine. La peau recouvrant ces tumeurs resta sèche pendant que le reste du corps était en sueur.

OBSERVATIONS ALLEMANDES

Madelung. *Arch. für. klin. chir.* XXXVII, 1, page 106, 1888, résumé de 30 observations tirées de Marçais (thèse 1894, 1895).

Maladie bien rare des adultes, sans antécédents, pas de troubles anatomiques ou fonctionnels du cœur ou des gros vaisseaux du cou.

Sur les sujets observés, pas d'obèses, mais chez beaucoup amas nombreux, parfois très volumineux, de tissu adipeux sous-cutané diffus.

Les cous, gros, présentent tous le même aspect extérieur, la tumeur graisseuse pouvant occuper la nuque, ou la partie antérieure du cou, ou celui-ci tout entier.

Consistance lipomateuse, fluctuante parfois. Début habituel, derrière les oreilles, à la partie supérieure de l'apophyse mastoïde.

En aucun cas il n'y a eu guérison complète, spontanée, des lipomes.

La maladie n'est justiciable d'aucune opération ; dans le cas où elle a été pratiquée, il n'y a pas eu récédive.

Causes de la maladie inconnues.

OBSERVATION I

C. Bryck. (Archives f. Klin. chir., 1874, t. XVII, p. 568).

M... G., aubergiste, 43 ans. A eu la jaunisse trois ans auparavant.

Début depuis 4 ans, une tumeur précervicale, et deux à la nuque, le tout entourant complètement le cou comme un double menton.

En arrière la tumeur supérieure va de la protubérance occipitale à la cinquième vertèbre cervicale, et au dessous, séparée de la précédente par un sillon, se trouve une deuxième tumeur.

La portion précervicale est divisée sur la ligne médiane par un sillon peu profond allant du menton à la fourchette sternale ; et chaque portion ainsi créée est divisée en trois lobes. On compte douze autres tumeurs sur le tronc et les membres.

La peau peu mobile présente parfois des adhérences. La consistance de la tumeur est molle, élastique.

Comme troubles fonctionnels on note de la dysphagie, de la dyspnée avec accès de suffocation nocturne. La tumeur est extirpée. C'était bien un lipome sans capsule, avec travées fibreuse.

OBSERVATION II

Kuster. (59^e congrès des chirurgiens allemands).

Kuster a vu, pendant 8 ans, un lipome diffus de la nuque et des épaules. Il fut plusieurs fois extirpé, jamais la récédive ne revint dans la cicatrice. La symétrie pour lui, était une preuve de l'origine nerveuse de ces tumeurs.

OBSERVATION III

Fritz Langer (de Vienne). (Archives de Langenbeck, déc. 1893, t. 46).

Jean Dostal, 36 ans, maçon, gras, bien nourri, début il y a trois ans derrière les oreilles, puis sous le menton.

Tumeur de la nuque grosse comme une pomme; une autre sur le sternum comme le poing, autour du cou tumeur circulaire retombant en avant sur la poitrine. Depuis un an grosseur au-dessus du pubis.

OBSERVATION IV

Fitz Langer (de Vienne) (ibid.).

Femme 55 ans. L'épaule, la région sous-claviculaire sont occupées par une tumeur énorme envahissant le bras jusqu'au coude. Autre tumeur médiane à la nuque. Sur les dernières côtes, lipomes symétriques de chaque côté de la colonne vertébrale; à l'abdomen deux grosses tuméfactions s'étendant à la partie supérieure des cuisses.

OBSERVATION V

Fitz Langer (de Vienne) (ibid.).

Homme, 45 ans, marchand à Odessa. Début remonte à 4 ans, tumeur précervicale de la grosseur d'une tête d'enfant. À la palpation noyau dur central.

OBSERVATION VI

Fitz Langer (de Vienne) (ibid.).

Homme 46 ans. Début il y a trois ans. A la nuque, quatre lipomes symétriques séparés par des sillons perpendiculaires. Deux autres de la grosseur d'une noisette à la face interne du bras.

OBSERVATION VII

Fritz Langer (de Vienne, ibid),

Homme 34 ans, cou et nuque très développés. Lipomes aux apophyses zygomatiques derrière les oreilles, sur l'apophyse mastoïde, sur l'abdomen, entre les dernières côtes et au nombril.

OBSERVATION VIII

Fritz Langer (de Vienne, ibid).

H....., 49 ans, peintre, vaste tumeur sous maxillaire s'étendant en arrière de l'oreille. Tumeurs des épaules. Gynécomastie. On en trouve encore sur le ventre et sur le dos.

OBSERVATION IX

Ehrenwall (de la clinique de Bergmann, cité par Kœnitz. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. 38, p. 101).

Homme 49 ans, brasseur, obèse, alcoolique, pas de maladies antérieures.

Début, il y a deux ans et demi par une petite tumeur sur le sternum, puis dans les aînes, enfin à la nuque. D'abord stationnaires elles s'accroissent à la suite de refroidissements. Aux apophyses mastoïdes deux masses résultant de la confluence de plusieurs moins volumineuses. Triple menton. Une tumeur dans chaque biceps, quelques-unes au dos, deux de chaque côté de la racine de la verge. Capitonage de l'abdomen. L'obésité et les lipomes diminuent par une diète sévère.

OBSERVATION X

Bramann (59^e congrès des médecins allemands, d'après Kotsenell. Thèse Paris, 1894).

Deux hommes, alcooliques, porteurs de lipomes symétriques à la nuque, aux épaules, aux bras, au ventre et aux cuisses.

OBSERVATION XI

Laskaridès (Ueber symmetrische Lipome. Dissert. inaug. Strassburg 1878).

Homme, 32 ans, varices aux jambes, collier énorme formé d'un grand nombre de tumeurs fusionnées. Au niveau des deuxième et troisième vertèbres dorsales, deux tumeurs symétriques.

OBSERVATION XII

Riedel (in Deutsche Chir. de Koenig d'après Katzenellenbogen, livraison 36).

Homme 63 ans, tuméfaction du cou, de la nuque, du creux sous-claviculaire.

OBSERVATION XIII

Heunigsen. (Dissert. inaug. Kiel, 1888 (d'après Katzenell)).

Homme, 50 ans, forgeron, alcoolique, syphilitique. Tumeurs au cou, à la nuque, au dos, aux bras, au ventre. Peau remarquablement sèche et peu velue.

OBSERVATION XIV

Schmitt. (Société médicale de Munich.
Bulletin médical, 1874, p. 525).

Homme, 50 ans. Le début de ces tumeurs remonte à 5 ans, et le malade en attribue le développement à des traumatismes répétés. A la nuque, une tumeur de chaque côté de la ligne médiane, s'étendant jusqu'aux apophyses mastoïdes et envoyant le long du sterno-mastoïdien un prolongement vers l'articulation sterno-claviculaire. Les épaules sont recouvertes d'un vaste lipome diffus se prolongeant sur les bras, presque jusqu'aux coudes. Même disposition sur les membres inférieurs.

OBSERVATION X V

Stoll. (Beiträge zur Chir. von Bruns, 1892, p. 609).

Homme, 51 ans, économe. Apparition depuis deux ans de tumeurs à la nuque et dans les régions sous maxillaire et carotidienne. Ces tumeurs sont extirpées et se trouvent être du lipome lobulé.

OBSERVATION RUSSE

Tikhoff. (Medizinskoe Obozrénie, t. XLII, 1894, n° 18).

Homme, 56 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Deux tumeurs derrière les oreilles, deux sur chaque épaule, une sur l'omoplate gauche, deux au bras. On fait l'ablation d'une tumeur qu'on reconnaît être un lipome.

CONCLUSIONS

1° Il est légitime d'ériger en entité morbide distincte la lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

2° Les théories tendant à lui donner pour origine soit l'hyperfonction ou l'hypofonction d'une glande à sécrétion interne, soit un trouble sécrétoire des glandes sébacées et sudoripares, soit une lésion des centres nerveux, ou encore une altération du système ganglionnaire, ne paraissent pas suffisantes à l'expliquer.

3° Il serait peut-être rationnel de chercher l'origine de cette affection dans un ralentissement général des échanges nutritifs de l'organisme, ralentissement créé soit par un état diathésique : arthritisme, soit par une intoxication : alcoolisme.

Vu par le Président de la thèse,
LE DENTU.

Vu par le doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

MORGAGNI. — *Adversariæ anatomicæ animadonsio*, 2, p. 16.

BROCA. — *Traité des tumeurs*, t. II.

DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de chirurgie*, t. I. article « lipome »
par M. Quénu.

TESTUT. — *Traité d'anatomie*, t. II, Peau.

BEAUNIS. — *Physiologie*.

RANVIER. — *Traité d'Histologie*.

CHARCOT ET BOUCHARD. — *Traité de médecine*, t. II, p. 248.

FOLLIN. — *Pathologie externe*, t. I, p. 198.

MATHIEU. — *Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet 1890.

POTAIN. — *Pseudo-lipome*. *Archives de médecine*, 1885.

GILETTE. — *Dictionnaire Dechambre*. *Lipomes du cou*.

PEROTTE. — *Thèse de Paris*, 1857.

HUGUIER. — *Société de chirurgie*, 7 mars 1855, n° 122.

FOUCHER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1863.

ROBERT ET AMUSSAT. — *L'union médicale*, mai 1851.

DARBEZ. — *Thèse* 1868.

DARTIGNOLLES. — *Société médicale des Hôpitaux*, 10 juillet 1891.

TARGOWLA. — *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1891.

BUCQUOY. — *Société médicale des Hôpitaux*, 19 juin 1891.

MARFAN. — *Gazette méd. de Paris*, 2 septembre 1884, p. 433.

- SIREDEY. — Société médicale des Hôpitaux, 30 juin 1892.
- MARÇAIS. — Thèse Paris, 1894-95.
- BOUJU. — Thèse Paris, 1891-92.
- KATZENELLENBOGEN. — Thèse Paris, 1894-95.
- DU CASTEL. — Société de dermatographie et de syphiligraphie,
1896, VII, p. 1436.
- HAYEM. — Société médicale des Hôpitaux, 5 mars 1897.
- LAUNOIS et BENSAUDE. — Société médicale des hôpitaux. 1^{er} avril,
1898, p. 298 et Revue médicale, 1^{er} juin 1898.
- DALCHÉ. — Ibid, 15 octobre, 1897.
- HALLOPEAU ET JANSELME. — Société de dermatographie et de
Syphiligraphie, 16 février. 1893.
- BOUCHER (de Rouen). — France médicale, 13 juin, 1889. n^o 67,
p. 769.
- BRODIE. — Lect. on Path. and Surgery, 1846, p. 275.
- W. MAC CORMAC, — St-Thomas'Hospital Reports, 1883. Vol.
XIII, p. 287.
- MORRANT BAKER AND ANTHONY BOWLBY. — Med. Chirurg.
Transactions, Vol. LXIX, p. 60.
- W. ROGER WILLIAMS. — Transactions of the pathological,
Society of London, 1898, p. 289.
- BLIZARD CURLIN. — Med. Chirurg. Transactions. Vol. 33.
- CLUTTON. — Saint-Thomas'Hospital Reports, 1882. Vol.
XI p. 69.
- ROSENSTEIN. — Medical record of New-York, 1893, p. 385.
- HUTCHINSON. — British Med. Journ. 1883. Vol. I. p. 623.
Transactions. Ophth. Soc. Vol. IV, p. 36.
- FOWLER J. K. — Transact. Med. Soc. London, 1886, p. 87.
- SIBLEY W. K. — Transact. Med. Soc. London, 1888, p. 293.
- GOULD. A. P. — The Lancet, 1889, Vol. I. p. 631.

HOLGMANN. — The lancet. 31 mai, 1873.

— Ibid. 1878. Vol. I, p. 99.

— Ibid. 1880. Vol. I, p. 227.

G. VON VAERNEWYCK. — Einige interessante fälle von Lipombildung, dissert. inaug. Berlin, 1868, d'après Katzenellenbogen.

BRYCK. — Arch. für clinic. Chirurgie, 1874. Tome XVII, p. 598.

LASKARIDÈS. — Thèse Strasbourg, 1878. Obs. VIII et IX.

EHREWALL. — Zur Casuistic der multiplen Lipome. Diss. inaug. Wurtzburg, 1879.

EHREWALL. — Deutsch Zeitsch. für Chirurgie, t. 38, p. 101.

KÆTTNITZ. — Deutsche Zeit. für Chirurgie, tome XXXVIII.

RIEDEL. — In deutsch. Chir. de Koenig., livraison 36, p. 107, (d'après Katzenellenbogen).

MADELUNG. — Arch. für klin. Chirurgie, 1888, Bd. XXXVII, p. 106.

HENNIGSEN. — Beitrag zur Statistic der Fettgeschwülste. Diss. inaug. Kiel, 1888.

GROSCHE. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. t. 26.

EHRMANN. — Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1889, t. 4, page 362.

WOLKMANN, KUSTER, BRAMANN, LUCKE. — Tageblatt des 59. Congress. deutscher Naturforcher.

SCHMITT. — Société médicale de Munich (d'après Katzenellenbogen).

STOLL. — Beiträge zur Chirurgie von Bruns., 1892. p. 609. (2 observations) (d'après Katzenellenbogen).

STOLL. — Beiträge zur Statistic der Lipome. Beiträge zur Klin. Chirurgie. Tübingen 1892, p. 597.

FRITZ LANGER. — Archives de Langenbeck. Décembre 1893.

SCHUSCHARDT. — Berlin Klin. Woch. 1897, tome XXXIV,
page 215.

TIKHOFF. — Mediz. obozrénie 1894, tome XLII, n° 18.



